

2018 ESC GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF SYNCOPE

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Syncope-Guidelines-on-Diagnosis-and-Management-of-European-Heart-Journal-2018;39:1883-1948>
doi:10.1093/eurheartj/ehy037

Kvalitetsutvalget har innhentet felles uttalelse fra:

Overlege, dr.med. Torkel Steen, Pacemaker- og ICD-senteret, Oslo universitetssykehus, Ullevål og

Seksjonsoverlege, Håvard Keilegavlen, Seksjon for pacemaker, ICD og hjertesviktbehandling, Haukeland universitetssjukehus

Deres vurdering for norske forhold gjengis (noe forkortet og tilpasset av KU):

ESC/EHRA 2018 synkope-retningslinjene er helt nyskrevet, inkludert figurer, tabeller og oppsummeringer. Her står alt en trenger å vite om klassifikasjon, vurdering, utredning, triagering og behandling. Mens TLOC (transient loss of consciousness) defineres som ethvert reelt eller tilsynelatende bevissthetstap (inkludert traume, synkope, epilepsi og psykogene anfall), er synkope begrenset til TLOC som skyldes cerebral hypoperfusjon. Synkope kjennetegnes av plutselig start, kort varighet og spontan, komplett remisjon. Det er nyttige oppsummeringer av differensialdiagnoser. For diagnostikk legges avgjørende vekt på anamnesen, som sammen med klinisk status, EKG og blodtrykk liggende og stående, utgjør primærutredningen.

Verdt å merke seg i 2018-versjonen

- Verdien av vippetest er tonet enda mer ned i forhold til 2009-versjonen: Den er nå i hovedsak en bekreftende undersøkelse ved mistenkt reflekssynkope. Den anbefales altså ikke lengre for diagnose,

valg av behandling eller vurdering av behandlingseffekt.

- ILR (Implantable Loop Recorder) anbefales brukt i større grad: ILR ved gjentakende synkoper tidlig i utredningen hos pasienter karakterisert som lav risiko, men også ved høyrisiko-pasienter hvis initial utredning ikke har gitt holdepunkter for å implantere pacemaker eller iverksette annen behandling. En anbefaler også ILR ved mistenkt, men ikke endelig bekreftet epilepsi (IIa-anbefaling) og fortsatte anfall tross behandling.
- Elektrofysiologisk undersøkelse er gitt en større rolle ved mistenkt AV-overledningsproblem (fra IIa- til I-anbefaling), men elektrofysiologisk undersøkelse blir nedtonet som utredning ved sinusknutedysfunksjon.
- Empirisk pacemaker, dvs. pacemakerimplantasjon i stedet for elektrofysiologisk undersøkelse eller ILR, etter bradykardi-preget synkope hos eldre pasienter med bi- eller trifasikulært blokk, er tonet ned fra IIa- til IIb-anbefaling.
- Synkope som «bifunn» ved alvorlig sykdom skilles klart ut, og skal ikke utredes i samme grad.
- Langtids-EKG: Som tidligere angis verdien av holter-registrering å være lav i uselektert materiale, og det skal ikke inngå som rutinemessig utredning. Det forbeholdes pasienter med hyppige anfall (minst ukentlig) eller med holdepunkter for å mistenke arytmi-betinget synkope. Ekstern *loop-recorder* har større sensitivitet, men bør også helst brukes ved klar mistanke om arytmi.
- Videoopptak av episoder anbefales, og er jo lettere å gjøre nå, da alle har smarttelefon.

- Ekkokardiografi anbefales, som tidligere, bare ved holdepunkter for strukturell hjertesykdom, ikke rutinemessig.
- Arbeids-EKG anbefales når synkope har forekommet i tilslutning til fysisk aktivitet. Synkope under fysisk aktivitet er svært sjelden refleksbetinget/benign og skal alltid gi mistanke om hjertesykdom.
- Eldre synkopepasienter: Det er nå klart fremhevet at synkoper som mistenkes å være hypotensivt betinget hos eldre, bør lede til reduksjon eller seponering av antihypertensiva, selv om pasienten med det blir hypertensiv. Risikoen ved hypertensjon anses lavere enn risikoen ved nye synkoper/fall. Synkope hos eldre er mer inngående omtalt enn tidligere: Multifaktoriell tilnærming med bl.a. kognitiv og fysisk funksjonsvurdering, anbefales. Uforklart fall hos eldre, som man ikke synes man kan tilskrive dårlig balanse eller uhell, har nå fått en IIa-anbefaling for å utredes og betraktes som synkope. Dette er nytt, og kan nok gi oss mye å gjøre.

Reservasjoner fra fagekspertene:

1. Elektrofysiologisk utredning av en stor andel pasienter med uforklart synkope vil være urealistisk i Norge. Til det er kapasiteten for dårlig, og vi bør heller bruke de elektrofysiologiske laboratoriene til andre oppgaver. Elektrofysiologisk undersøkelse for synkope bør i Norge forbeholdes tilfeller der man mistenker ventrikelarytmi og det ikke er åpenbar indikasjon for ICD. Evidensgrunnlaget for elektrofysiologisk undersøkelse i synkopeutredning er etter vår mening ikke solid, og, undersøkelsen har, slik det også påpekes i retningslinjene, en lav negativ prediktiv verdi.
2. Vi er ikke enige i at det mangler evidens for empirisk pacemaker ved bi-/trifasikulært blokk og uforklart synkope, forutsatt at pasienten er eldre (> 70-75 år) og synkopen har bradykardipreg. Her synes vi forfatterne av retningslinjen har vurdert evidensgrunnlaget svært konservativt når de fastholder IIb-anbefalingen fra pace-retningslinjene fra 2013. Amerikanske retningslinjer fra 2008, med oppdateringer i 2012 og 2017 angir klasse IIa for empirisk pacemaker ved bifasikulært blokk og synkope. Dette ble forøvrig diskutert i en egen sesjon under EHRA-kongressen i mars 2018 (og på NCS' høstmøte 2017). Flere argumenterte sterkt for at empirisk pacemaker i slike tilfeller sparer kostbar og langdryg utredning, og ikke minst kan spare eldre pasienter for livsfarlige fallskader. Vi vet at mange gode, europeiske sentre praktiserer empirisk pacemaker i tilfeller som nevnt over. Vi mener det også bør kunne gjøres i Norge. Noen sentre i Norge implanterer også i spesielle tilfeller pacemaker ved synkoper uten bifasikulært blokk, selv om sistnevnte har en klasse III-indikasjon i pace-retningslinjene fra ESC. Dette nevnes dessverre ikke i de nye synkope-retningslinjene. Det er en viss evidens for å gjøre dette (Palmisano P et al. Int J Cardiol 2013; 168: 3450-3457, Ahmed N et al. PACE 2015; 38: 934-41), og vi synes kl. III-indikasjonen fra pace-retningslinjene fra 2013 er for bastant. Man skal likevel ikke oppmuntre til kritikkløs implantasjon av pacemakere i stedet for en grundig vurdering, og ikke hos yngre mennesker. Uansett må pasient/pårørende tas med på råd og samtykke dersom empirisk pacemaker velges fremfor ILR.
3. Retningslinjen anbefaler pacemaker ved reflekssynkoper bare hos pasienter > 40 år, selv ved påvist kardioinhibisjon. Vi savner en diskusjon av grensegangen mellom kardioinhibitoriske reflekssynkoper og syk sinus og/eller intermitterende AV-blokk som sådan. Den er vanskelig og usikker. Når yngre mennesker har hatt alvorlige synkoper, med skader, og det er påvist pauser, kan det være vanskelig ikke å tilby pacemaker. Hvis man anser påviste pauser som uttrykk for sykt ledningssystem, ikke reflekssynkope, har man en klasse I-indikasjon for pacemaker. Hvis man setter på etiketten «reflekssynkope», har man en klasse III-indikasjon. Hvis pausene er lange, og spesielt om de har vært gjentatte, synes vi dette skillet er ulogisk og risikabelt. Man bør kunne gi pacemaker også til

personer under 40 år dersom pauser er påvist og synkopeproblemet er alvorlig.

Konklusjon

Meget gode retningslinjer som vi bør slutte oss til og følge, med noen få, men viktige unntak nevnt over.

Kvalitetsutvalgets vurdering (møte 26.2.2019):

Hovedpunktene i de nye synkope-retningslinjene er godt oppsummert av fagekspertene ovenfor. Kvalitetsutvalget vil for egen del påpeke følgende:

1. Betydningen av tilt-test er nedtonet for diagnose eller evaluering av behandling, men vi mener likevel at metoden bør være etablert i Norge. Den kan være nyttig for å påvise hypotensiv tendens, forsinket ortostatisk hypotensjon og i utredning av autonom dysfunksjon. Videre kan den benyttes for å evaluere psykogen pseudosynkope.
2. Konvensjonell blodtrykksmåling har visse begrensninger ved ortostatisk blodtrykksmåling, så en metode med slag-til-slag-måling av blodtrykk kan være fordelaktig.

3. Elektrofysiologisk undersøkelse kan være nyttig for å påvise lavtsittende AV-blokk (forlenget ledningstid fra His til ventrikel) og ved holdepunkt for takyarytmi. Men hvis EKG er normalt, man har ingen arytmidokumentasjon, pasienten har ikke kjent palpitasjoner og hjertet er strukturelt normalt, har elektrofysiologisk undersøkelse både lav sensitivitet og lav negativ prediktiv verdi og bør unnlates.

Med disse kommentarer anbefaler vi at NCS gir sin tilslutning til de oppdaterte retningslinjene.

Kvalitetsutvalget presiserer: Retningslinjer er råd, ikke regler

Disse retningslinjer er ment som en støtte for legers kliniske beslutninger angående utredning og behandling. De beskriver flere mulige fremgangsmåter, som vil være passende for de fleste pasienter under de fleste omstendigheter. Bedømmelse og behandling av den enkelte pasient må gjøres av legen og pasienten i lys av den aktuelle pasients spesielle situasjon. Det vil dermed finnes situasjoner der det er akseptabelt å fravike retningslinjene.

Kvalitetsutvalget i NCS

Ole-Gunnar Anfinen
leder
(sign.)

Assami Rösner
(sign.)

Vernon Bonarjee
(sign.)

NCS har i styremøte 9.4.2019 gitt tilslutning til disse retningslinjer, med ovennevnte reservasjon.